



**“CLINICA MEDICA
COMPLEMENTARIA”.**



ACUÑA DE SAZ RICARDO

CARDIOLOGÍA

TAREA DE CUARENTENA

SÉPTIMO SEMESTRE DE MEDICINA GENERAL

LLUVIA MARIA PERFECTA PEREZ GARCÍA

CARDIOLOGIA (CTO)

INSUFICIENCIA CARDIACA

Es un síndrome que se caracteriza por síntomas típicos como la disnea y fatiga asociados a signos como presión venosa yugular elevada, estertores crepitantes pulmonares y edemas periféricos debido a disfunción estructural o funcional miocárdica que produce una reducción del gasto cardíaco o elevación de las presiones intracardíacas, para su diagnóstico es importante identificar las causas subyacentes para orientar el tratamiento específico la miocardiopatía es la causa de disfunción ventricular sistólica o diastólica sin embargo esta puede ser causada por anomalías en las válvulas, pericardio, endocardio y trastornos del ritmo cardíaco. En la actualidad la ESC ha clasificado la insuficiencia cardíaca en 3 grupos de acuerdo a la fracción de eyección (FEVI) 1) IC con fracción de eyección conservada (IC-FEc)(FEVI>50%) 2) IC con fracción de eyección reducida (IC-FEr)(FEVI <40%) 3) IC con fracción de eyección en rango medio (FEVI 40-49%).

El gasto cardíaco inadecuado o se elevan las presiones diastólicas por ello provoca que aparezcan una serie de modificaciones endocrinometabólicas tratan de compensar el aporte deficiente de sangre a los tejidos estas alteraciones inicialmente mejoran la perfusión tisular a largo plazo dejan de ser beneficiosas están implicadas en el agravamiento de la clínica, evolución y el pronóstico del paciente se encuentran el aumento de las catecolaminas, la estimulación del sistema renina – angiotensina-aldosterona de la vasopresina ADH, endotelina, factor de necrosis tumoral, la elevación de los péptidos natriuréticos que tratan de compensar el deterioro mediante un efecto antifibrótico y diurético. Existen diferentes clasificaciones de la insuficiencia cardíaca la causa primera de la IC hay que referirse al tipo de afectación funcional predominante IC sistólica o diastólica la cronología de los síntomas IC agudo o crónica la localización

anatómica de la disfunción IC izquierdo o derecho al tipo de síntomas predominantes IC anterograda o retrograda IC se produce en el contexto de un gasto cardiaco bajo frente a las de gasto cardiaco elevado situaciones hiperdinámicas.

El origen es un fallo de la función contratil del miocardio con disminución del volumen sistólico y de la fracción de eyección dilatación ventricular progresiva las causas más frecuentes son la isquemia miocárdica y la miocardiopatía dilatada es una situación más habitual el tipo de insuficiencia cardiaca la tienen una mayor utilidad de los fármacos hablando de la IC sistólica pura no existe se acompaña de disfunción diastólica IC sistodiastólica no se utiliza en la práctica clínica. La IC por disfunción diastólica pura predomina una alteración de la distensibilidad miocárdica por lo que se produce un aumento de las presiones de las cámaras cardiacas la función sistólica es un criterio que se necesita alguna prueba de imagen que confirme la normofunción sistólica, IC diastólica en los grupos de mayor edad pueden llegar a representar un porcentaje de las IC hasta un 40% causas frecuentes de disfunción diastólica son la hipertrofia ventricular izquierda por HTA o miocardiopatía hipertrófica y la isquemia miocárdica otras como pericarditis constrictiva, taponamiento cardiaco, miocardiopatía restrictiva. La IC sistólica e IC diastólica sustituyéndola por IC de fracción conservada, reducida. La IC aguda se define como la aparición rápida o el empeoramiento de los síntomas o signos de IC se presenta primera manifestación de la IC de novo o más frecuentemente como consecuencia de una descompensación aguda de la IC crónica y puede estar causada por una disfunción cardiaca primaria isquemia, tóxica, inflamatoria, insuficiencia valvular aguda o precipitada por factores extrínsecos infección, hipertensión no controlada o trastorno del ritmo se produce un aumento brusco de la precarga de la poscarga provocando fallo cardiaco los síntomas de congestión pulmonar o de bajo gasto los edemas, salvo el pulmón, tardan más tiempo en desarrollarse o una combinación de ambos, la IC crónica es la forma más común de estas enfermedades los pacientes se encuentran en situación más o menos estable con una limitación variable de su capacidad funcional generalmente experimentan reagudizaciones durante su evolución bien por el deterioro progresivo de la función miocárdica o por la concurrencia de factores desencadenantes lo más frecuentes son la presencia de una infección concomitante, la IC crónica es la forma más común de estas enfermedades los pacientes se encuentran en situación más o menos

estable con una limitación variable de su capacidad funcional generalmente experimentan reagudicaciones durante su evolución bien por el deterioro progresivo de las funciones miocárdica o por la concurrencia de factores desencadenantes algunos de los más frecuentes son la presencia de una infección concomitante el abandono o la mala realización del tratamiento prescrito a la realización de una dieta con alto contenido de sal o el empleo de antiinflamatorios.

La frecuencia IC se asocia a gasto cardíaco disminuido existen amplias variaciones según el estado de compensación del paciente en determinadas enfermedades que condicionan un estado de compresión del paciente en determinadas enfermedades que condicionan un estado hiperdinámico se puede producir el cuadro de IC en presencia de un gasto cardíaco elevado insuficiente para las necesidades del organismo las causas más frecuentes de IC secundaria a trastornos circulatorios de gasto elevado. El VD sufre aumento de poscarga que suponen la HTP progresiva por lo que se dilata en la medida de lo que toleran las fibras de su pared y el pericardio originando con frecuencia insuficiencias valvulares pulmonar y/o tricusoidea abomba el tabique interventricular hacia la izquierda originando una disminución de gasto cardíaco que facilita la isquemia de la pared del VD fomenta un mayor grado de disfunción llevando a mayor deterioro del gasto cardíaco. el tratamiento de la HTP secundaria a cardiopatía izquierda es el de la cardiopatía izquierda produce puesto que los fármacos vasodilatadores selectivos en la hipertensión arterial pulmonar idiopática no han demostrado ser eficaces la prostaciclina intravenosa epoprostenol, puede incluso empeorar el pronóstico en caso derivado de prostaciclina inhalado iloprost o subcutáneo treprostinil, óxido nítrico inhalado inhibidores de fosfodiesterasa receptor de endotelina bosentan darusentan – específico del receptor ETA no mejoran ni los síntomas ni el pronóstico. el corazón no es capaz de bombear el suficiente volumen de sangre aparecen dos tipos de síntomas los derivados del deficiente aporte de sangre a los tejidos y los secundarios a la sobrecarga retrograda de líquidos.

La ortopnea o la disnea se muestra al adoptar el decúbito la disnea de esfuerzo se debe a la redistribución de líquido desde las extremidades inferiores y el abdomen hacia el tórax y al desplazamiento del diafragma la presión puede ser normal si la situación

hemodinamica esta compensada con cierta frecuencia la sistólica esta disminuida por reducción de volumen sistólico y la diastólica elevada por vasoconstricción arterial con aumento de las resistencias periférica la presión de pulso o diferencial puede estar disminuida la reagudización puede haber una hipotensión arterial lo que confiere un peor pronóstico el pulso en grado avanzado puede ser alternante la inspección puede ser evidentes la cianosis la diaforesis el taquipnea y los signos de hipoperfusión periférica frialdad , cianosis acra, oliguria, algunos datos producidos por la congestión sistémica presión venosa yugular elevada edemas en miembros inferiores ictericia por congestión e hipoxia hepática .

Bibliografía

Blas, S., Román, A., Castillo, Á., & Asenjo, R. (2018). *Manual CTO de CARDIOLOGIA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR*. Madrid España: CTP. pagina 56. insuficiencia cardiaca